

Mémoire de Maîtrise en médecine No 1920

La prévention du tabagisme et les facteurs organisationnels en médecine générale: une étude pilote en Suisse romande

Etudiant

Sophie Andrey

Tuteur

Dr Nicolas Senn
PMU

Co-tuteur

Dr Christine Cohidon
PMU

Expert

Dr Daniel Widmer
Médecin généraliste
Av. Juste-Olivier 2, 1006 Lausanne

Lausanne, décembre 2014

Smoking cessation counseling and organizational factors in general medical practice : a pilot study in French-speaking Switzerland

S. Andrey, C. Cohidon, S. Ebert, J. Cornuz, N. Senn

Abstract

Context: Several studies have been carried out to describe how general practitioners (GPs) follow smoking cessation counseling's recommendations and to identify GP-related factors that influence their practice. But limited information exists about practice organization's elements influencing smoking counseling and more generally about prevention activities in primary care (PC) in Switzerland.

Objectives: Explore the feasibility of this study. Investigate determinants of PC practices associated with smoking cessation counseling in Switzerland. Explore the GP's attitude towards prevention and the organizational characteristics of PC practices.

Design: Pilot Web-based survey in a representative sample of Swiss French speaking GPs.

Results : 44 GP's responded; 66% were men; mean age = 57.5 years; 59% were in group practices; 1 GP was currently smoking and 32% were ex-smokers; 57% of GPs found very important to perform health prevention activities. 57% of GPs were trained (>5 hours throughout the career) to provide smoking cessation counseling.

84% of GP's always inquire about smoking status during first consultations, compared to 69% during emergency consultations for respiratory symptoms and only 9% during non-respiratory emergency consultation. Factors positively associated with smoking status inquiring were: young age (<57.5) of GP's for first consultations, rural location and solo practice for emergency consultations.

Smoking cessation counseling is systematically provided by 48% of GPs during emergency consultations for respiratory symptoms and by 20% of GPs during follow-up consultations. Factor positively associated with smoking cessation counseling was solo practice.

Discussion: In Switzerland, there are missed opportunities to provide smoking cessation counseling, especially in emergency situations, possibly in people who have rarely contacts with the health care system. Despite a small sample, this study showed the potential associations between organizational and GP-related factors and smoking cessation counseling. These findings will be further explored in a national study among 200 GPs' practices.

Mots-clés: prévention; tabagisme; facteurs organisationnels

Tables des matières

<u>A. INTRODUCTION/CONTEXTE</u>	4
<u>A1. REVUE DE LITTÉRATURE</u>	4
<i>Le tabagisme et ses conséquences en Suisse et dans le monde</i>	4
<i>Recommandations au sujet de la pratique du conseil aux fumeurs</i>	4
<i>Rôle des médecins généralistes dans la prévention du tabagisme</i>	4
<i>Pratique courante de la prévention du tabagisme et facteurs directement liés au médecin</i>	5
<i>Caractéristiques organisationnelles associées à la pratique de la prévention du tabagisme</i>	5
<u>A2. CONTEXTE</u>	6
<u>A3. OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	7
<u>B. METHODE</u>	7
<u>B1. POPULATION</u>	7
<u>B2. DESIGN</u>	7
<u>B3. COLLECTE DES DONNEES</u>	7
<i>Le questionnaire (cf. annexes)</i>	7
<i>Test et envoi du questionnaire</i>	9
<u>B4. ANALYSES</u>	9
<u>C. RESULTATS</u>	11
<u>C1. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES</u>	11
<u>C2. L'ACCEPTABILITE DU QUESTIONNAIRE ET LA FAISABILITE DE L'ETUDE</u>	12
<u>C3. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES ORGANISATIONNELLES DES CABINETS MEDICAUX</u>	13
<u>C4. LA PRATIQUE COURANTE DE LA PREVENTION CONTRE LE TABAGISME PAR LES MEDECINS GENERALISTES</u>	17
<i>De quelle manière les médecins généralistes pratiquent-ils la prévention contre le tabagisme?</i>	17
<i>Quelle est leur opinion au sujet de leur pratique de la prévention contre le tabagisme ?</i>	18
<u>C5. LA PRATIQUE DE LA PREVENTION CONTRE LE TABAGISME SELON LE TYPE DE CONSULTATION</u>	19
<i>Se renseigner sur le statut tabagique des patients</i>	19
<i>Conseiller aux patients fumeurs d'arrêter de fumer</i>	19
<u>C6. ASSOCIATIONS ENTRE LES FACTEURS ORGANISATIONNELS ET LA PRATIQUE DE LA PREVENTION CONTRE LE TABAGISME</u>	20
<u>D. DISCUSSION</u>	25
<i>La pratique de la prévention du tabagisme selon le type de consultation</i>	25
<i>La pratique courante de la prévention du tabagisme par les médecins généralistes</i>	26
<i>Associations entre les facteurs organisationnels et la pratique de la prévention contre le tabagisme</i>	27
<i>Collecte des données</i>	28
<i>L'acceptabilité du questionnaire et la faisabilité de l'étude</i>	28
<i>Forces et limites</i>	28
<i>Conclusions générales</i>	29
<i>Take home messages</i>	29
<u>E. REFERENCES</u>	29

A. Introduction/Contexte

A1. Revue de littérature

Le tabagisme et ses conséquences en Suisse et dans le monde

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont nombreuses et bien connues. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 5 millions de personnes décèdent chaque année de pathologies dont une des causes est liée au tabac. Il est estimé que ce chiffre s'élèvera à plus de 8 millions en 2030 [1]. En Suisse, 29% de la population résidente âgée de 14 à 65 ans fume (33% des hommes et 24% des femmes sont fumeurs) [2]. Sur l'ensemble des décès en Suisse, la proportion de ceux qui sont dus au tabagisme est de 22% pour les hommes, de 16% pour les femmes de moins de 65 ans et de 8% pour les femmes de plus de 65 ans. Les trois causes principales de décès liés à la consommation de tabac sont le cancer du poumon, les maladies coronariennes et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives. [3].

Recommandations au sujet de la pratique du conseil aux fumeurs

Abandonner la cigarette à l'âge de 35 ans permet d'augmenter l'espérance de vie de sept ans en moyenne, en comparaison avec le fait de continuer à fumer [4]. Le faire à 65 ans augmente l'espérance de vie d'environ deux ans [4].

Agir en amont en encourageant l'arrêt du tabagisme auprès des patients est donc primordial et permet de diminuer l'impact sur la santé. Une revue de littérature [5] a mis en évidence un taux d'arrêt du tabagisme après 6 mois d'essai de 1 à 3% plus élevé parmi les fumeurs qui avaient reçu des conseils de la part de leur médecin de famille, que parmi les fumeurs du groupe contrôle (où le taux d'arrêt à 6 mois était de 2 à 3% sans aide aucune). Même une intervention minimale au cabinet, composée d'une consultation de moins de vingt minutes consacrée au tabagisme du patient et d'une visite de suivi, a un faible mais néanmoins significatif effet sur le taux d'arrêt du tabagisme [6]. Les fumeurs eux-mêmes déclarent que les conseils de leur médecin les incitant à arrêter de fumer sont des facteurs de motivation importants et des sources d'informations crédibles [7]. Selon les recommandations de l'agence américaine Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) [8], la prévention contre le tabagisme devrait contenir les éléments suivants : 1) conseiller au fumeur d'arrêter ; 2) définir avec lui une date optimale pour débiter l'essai ; 3) le suivre régulièrement ; 4) lui parler des symptômes du manque ; 5) lui prescrire des substituts nicotiniques et 6) mettre à disposition des brochures à ce sujet. Cette manière de faire est efficace, surtout si le praticien passe beaucoup de temps avec son patient (jusqu'à 35 minutes pour la première consultation, puis encore une à deux visites de suivi) [9]. Le NCI (National Cancer Institute) résume ces recommandations comme ceci : à chaque occasion, s'enquérir du statut tabagique du patient ; conseiller à tous les fumeurs d'arrêter ; soutenir le patient dans son processus de désaccoutumance ; organiser des consultations de suivi [10].

Rôle des médecins généralistes dans la prévention du tabagisme

Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes jouent un rôle clé dans la prévention du tabagisme [5; 7]. Positionnés en première ligne du système de santé, les médecins de premier recours ont un accès direct à une grande partie de la population ; en effet, environ 90% de la population Suisse va au moins une fois par an chez un médecin de premier recours [11]. Beaucoup d'opportunités pour parler de tabagisme avec leurs patients sont ainsi offertes.

Pratique courante de la prévention du tabagisme et facteurs directement liés au médecin

Plusieurs études ont déjà été réalisées afin de savoir comment les généralistes suivaient les recommandations sur la prévention du tabagisme [8], ainsi que sur les facteurs directement liés au médecin influençant cette pratique. Les données recueillies portaient sur la pratique courante de la prévention du tabagisme et les caractéristiques personnelles du médecin [10; 12; 13; 14; 15; 16]. Une revue de littérature de Stead et al. [17], faisant partie du projet de l'Union Européenne PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe), a exploré l'importance de l'implication des médecins généralistes européens dans le conseil aux fumeurs et les facteurs influençant leur implication.

Il en ressort que les médecins sont souvent conscients de leur rôle primordial dans la prévention du tabagisme. Mais concrètement, ils n'appliquent pas assez les recommandations de l'AHCPR citées plus haut [8] et n'utilisent pas toutes les occasions pour aborder le tabagisme avec leurs patients. Ils ont tendance à se concentrer sur les nouveaux patients, ceux qui sont porteurs d'une pathologie liée au tabac et ceux qui sont vraiment prêts à arrêter, alors qu'ils devraient cibler tous les patients.

Au Québec, d'après l'étude d'O'Loughlin, seuls 10.5% des médecins de famille pratiquent la prévention du tabagisme de manière approfondie, c'est-à-dire pour tous les fumeurs, à chaque consultation et ce pendant plus de deux minutes [14]. Dans une étude française, seulement 20 % des généralistes demandent de manière systématique le statut tabagique de leurs patients et abordent leur intention d'arrêter de fumer [16]. Que ce soit dans une étude américaine sur les médecins assistants en médecine de famille [10] ou dans la revue de littérature européenne mentionnée ci-dessus [17], ce même constat ressort : une grande proportion des praticiens se renseignent fréquemment sur le statut tabagique de leurs patients et leur conseillent d'arrêter, mais ils ne vont pas au bout de la démarche, ne prescrivant pas de substituts nicotiniques ni autres aides pharmacologiques et ne suivant pas les patients de manière intensive.

Pour soutenir leurs patients fumeurs dans le processus de désaccoutumance, 62% des généralistes allemands prescrivent des substituts nicotiniques et 51% d'entre eux du bupropion (un antidépresseur, inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine) [13].

Les généralistes estiment que la formation reçue dans le domaine du conseil aux fumeurs est assez médiocre. Dans une étude allemande [13], un quart des praticiens n'avait reçu aucune formation et moins de 20% avaient suivi plus de dix heures de cours. Investir dans cette formation serait intéressant, car mieux les praticiens étaient formés, plus ils étaient actifs dans la prévention du tabagisme [13].

En ce qui concerne les obstacles rencontrés dans la pratique de la prévention du tabagisme, sont très souvent mentionnés le peu de temps à disposition, une formation inadéquate, la perception par le médecin d'un manque d'intérêt du patient pour la prévention. Par contre, le manque d'intérêt du médecin à ce sujet ou l'impression que cela n'est pas de sa responsabilité sont peu mentionnés. [10;12; 13].

Ces diverses études ont aussi révélé que les médecins généralistes fumeurs font légèrement moins de prévention contre le tabagisme que les médecins non-fumeurs [12; 13; 16; 18]. En France, en effet, 71% des médecins fumeurs et 86% des médecins non-fumeurs pratiquent le conseil aux fumeurs [16]. En Allemagne, 62% des généralistes actuellement fumeurs (vs 55% des généralistes n'ayant jamais fumé) ont une faible implication dans ce domaine, définie comme ayant soutenu au cours des trois derniers mois moins de 10 patients dans leur tentative d'arrêter de fumer [13].

Caractéristiques organisationnelles associées à la pratique de la prévention du tabagisme

Les études réalisées jusqu'à présent se sont toujours intéressées aux pratiques et aux facteurs directement liés au médecin (sexe, âge, statut tabagique, ...) et au patient qui influençaient la prévention du tabagisme, mais beaucoup moins aux aspects de structure sanitaire (organisation du cabinet, voire du système de santé dans son ensemble). Nous n'avons donc que peu de données concernant les éléments d'organisation au sens large d'un cabinet qui influencent la pratique de la prévention contre le tabagisme.

Néanmoins, quelques études se sont intéressées à un système de financement qui pourrait inciter les médecins généralistes à prendre du temps pour faire de la prévention et de la promotion de la santé auprès de leurs patients. Le Royaume-Uni a introduit en 2004 le QOF (Quality Outcomes Framework), un système de

paiement à la performance. Jusqu'à 30% du salaire du généraliste est basé sur ce système, qui consiste à « récompenser » les médecins qui atteignent le niveau de qualité de soins souhaité, évalué au moyen d'indicateurs clés englobant un certain nombre d'activités cliniques. Avec ces indicateurs actuels, l'utilité du système QOF pour favoriser une bonne prévention et une promotion de la santé efficace est discutable. En effet, il ne ferait qu'inciter le médecin à inscrire dans le dossier du patient que ce dernier a fait des efforts dans son hygiène de vie, ce qui est suffisant pour toucher le paiement complémentaire. En réalité, aucune activité de prévention recommandée n'a peut-être été appliquée [19]. Depuis l'introduction du QOF, le taux d'inscription des indicateurs relatifs au tabagisme dans le dossier du patient a considérablement augmenté. L'influence de cette augmentation sur le taux d'arrêt du tabagisme reste cependant inconnue pour le moment. [20]. Une étude allemande s'est demandé si la pratique de la prévention du tabagisme et les barrières rencontrées ne dépendaient pas de l'organisation du cabinet et de la rémunération des médecins de famille. En Allemagne, en effet, le fait d'aider les patients à arrêter de fumer n'est pas couvert par l'assurance-maladie ; les généralistes ne sont donc pas remboursés pour cet acte. Les auteurs suggéraient, si des recherches futures allaient confirmer cette relation, d'augmenter le paiement des médecins pour les actes de prévention du tabagisme, afin d'améliorer cette activité [13]. En Suisse, la plupart des médecins de premier recours sont payés à l'acte (système Tarmed), une minorité étant salariée (4%) ou payée par capitation [21]. Avec la rémunération à l'acte, un tarif indique le prix de chaque service et le revenu du généraliste varie en fonction du volume et du type de prestations fournies [21]. En Suisse, les actes de prévention du tabagisme sont donc rémunérés selon le système Tarmed de paiement à l'acte. Tarmed attribue un certain nombre de points à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise [22]. En outre, une distinction est faite entre la prestation médicale et la prestation technique [22]. Les actes de prévention du tabagisme sont facturés comme « consultation spécifique par le spécialiste de premier recours », dont la valeur des points médicaux et techniques est relativement basse [23]. Les généralistes suisses sont donc peu indemnisés lorsqu'ils font de la prévention contre le tabagisme.

Certaines études, dont l'objectif principal était d'étudier la pratique courante de la prévention du tabagisme, ont cherché en parallèle à faire quelques liens avec des caractéristiques organisationnelles, sans toutefois aller dans les détails. Selon une étude américaine, exercer dans un centre universitaire est positivement associé à la pratique de la prévention du tabagisme [10]. Une étude canadienne mentionne dans ses résultats qu'il n'y a pas d'association entre le fait d'exercer la médecine générale dans le domaine public vs privé et la prévention contre le tabagisme effectuée, sans donner plus de précisions [14].

A2. Contexte

Il y a en Suisse un programme national d'arrêt du tabagisme, dont l'objectif est d'augmenter le nombre de fumeurs mettant fin à leur consommation de tabac. C'est en effet la mesure la plus efficace pour abaisser la mortalité causée par le tabagisme [24]. Dans le cadre de ce programme national d'arrêt du tabagisme, le projet « Vivre sans tabac » offre aux médecins une formation à la désaccoutumance au tabac. Les objectifs sont d'améliorer et/ou de maintenir la qualité et la fréquence des conseils donnés aux fumeurs concernant l'arrêt du tabagisme dans les cabinets médicaux en Suisse, ainsi que d'obtenir une augmentation du taux d'arrêt du tabac chez les patients [25]. La formation continue « Vivre sans tabac » est une formation théorique et pratique de deux demi-journées, au cours de laquelle les médecins participent à des jeux de rôle et à des séminaires interactifs et exercent leur pratique du conseil aux fumeurs auprès de patients simulés [26]. Une étude randomisée contrôlée [27] a démontré l'efficacité de la formation « Vivre sans tabac ». Le taux d'arrêt du tabac à 1 an est de 13% (vs 5% dans le groupe contrôle) pour les patients conseillés par un médecin ayant bénéficié de cette formation. De plus, la qualité des conseils donnés par les médecins ayant suivi cette formation est meilleure et la motivation à arrêter de fumer est plus élevée chez les fumeurs conseillés par ces médecins [27].

Récemment a été lancé le programme SPAM (Swiss Primary Health Care Active Monitoring) par la Policlinique Médicale Universitaire, qui vise à développer un outil de monitoring afin d'obtenir une meilleure compréhension du fonctionnement de la médecine de premier recours en Suisse. Dans ce but, le réseau SPAM a été créé, à partir d'un échantillon randomisé de médecins généralistes, stratifié par cantons. Ces médecins ont donné leur accord pour participer régulièrement à des études sur le monitoring des soins de premier recours en Suisse (1-2 fois par an). Le réseau SPAM se compose de 200 médecins généralistes de toute la Suisse, qui possèdent un des titres FMH suivants : médecine générale (avant 2011), médecine interne

(avant 2011), médecine interne générale (depuis 2011) ou alors sont médecin praticien. Cet échantillon est considéré comme représentatif sur le sexe et l'âge au niveau national [28].

La première étude à laquelle ont participé les médecins généralistes du réseau SPAM était l'étude QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) [29]. Mise en œuvre en 2012, elle était financée par la Commission Européenne pour le "Seventh Framework Programme". Elle visait à évaluer les performances de la médecine de premier recours au niveau de la qualité, des coûts et de l'équité en Europe. Les médecins généralistes de SPAM ont répondu au questionnaire QUALICOPC, contenant des questions sur leur implication dans les soins curatifs et préventifs, sur le type et l'organisation de leur cabinet (services fournis ; charge de travail ; utilisation du temps). Il y avait aussi un questionnaire destiné aux patients portant sur leurs expériences avec le milieu des soins, leur satisfaction et leurs attentes. Cette étude a permis de mettre en relation les informations sur les cabinets de médecine de famille et celles sur leurs propres patients [29]. Nous mentionnons ici QUALICOPC car elle fournit une partie des données sur le fonctionnement des cabinets nécessaires à notre étude.

A3. Objectifs de l'étude

La présente étude, réalisée en Suisse romande, est l'étude pilote préalable à une étude nationale sur la prévention en médecine générale avec un échantillon de plus grande taille. Il s'agit donc d'explorer la faisabilité d'une telle étude et son acceptabilité par les médecins généralistes.

Un autre objectif de cette étude est d'explorer, en Suisse romande, l'attitude des médecins généralistes face à la prévention contre le tabagisme.

Il s'agit également d'investiguer les caractéristiques organisationnelles des cabinets de médecine générale qui sont en lien avec la pratique de la prévention du tabagisme.

B. Méthode

Une partie des données utilisées dans nos analyses est issue de l'étude QUALICOPC [29] mentionnée dans l'introduction.

B1. Population

Les 67 médecins généralistes francophones faisant partie du réseau SPAM mentionné dans l'introduction ont été sélectionnés pour participer à cette étude.

B2. Design

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale. Au moyen d'un questionnaire électronique, nous avons recolté des données sur l'organisation des cabinets de médecine générale, sur la pratique de la prévention et de la promotion de la santé et sur la pratique de la prévention contre le tabagisme.

B3. Collecte des données

Le questionnaire (cf. annexes)

La figure n°1 présente la structure du questionnaire créé, avec quelques exemples des sujets abordés par les questions. Le questionnaire est disponible en version intégrale dans les annexes (annexe 1).

Figure 1 : La structure du questionnaire

1ère partie: L'organisation du cabinet	2ème partie: La prévention en générale	3ème partie: La prévention contre le tabagisme
Source: étude ICIS	Source: programme SPAM	Source: littérature
Questions portant par exemple sur:	Questions portant par exemple sur:	Questions portant par exemple sur:
Bâtiment où se situe le cabinet	Vaccinations/ rappels	Se renseigner sur le statut tabagique des patients (6 scénarii)
Evolution de certains paramètres au sein du cabinet	Contrôle du taux de cholestérol/ de la glycémie	Conseiller aux patients fumeurs d'arrêter de fumer (6 scénarii)
Vision et objectifs du cabinet	Dépistage de cancers	Reporter le statut tabagique dans le dossier
Population desservie par le cabinet/ conditions d'acceptation de nouveaux patients	Dépistage VIH/ IST	Méthodes utilisées pour soutenir les patients fumeurs désirant arrêter
Services proposés aux patients sur internet	Consommation d'alcool problématique	Formation des généralistes dans le domaine du conseil aux fumeurs
Aides financières reçues	Obésité/ sédentarité	Statut tabagique du médecin
Durée de la première consultation avec un nouveau patient	Séances de promotion de la santé en groupe	Eventuels obstacles à la prévention contre le tabagisme

Le questionnaire comportait trois parties. La première série de questions portait sur l'organisation du cabinet du médecin généraliste. Ces questions ont été reprises de l'étude réalisée par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) en 2012 [communication personnelle : Lévesque et al]. ICIS était axée sur la vision organisationnelle de l'orientation et de la mission du cabinet, sur la structure du cabinet, sur la satisfaction quant au climat du cabinet et sur la collaboration interdisciplinaire.

La deuxième partie était consacrée à la prévention pratiquée au cabinet de manière générale. Les questions provenaient du programme SPAM. Nous avons récolté ces nombreuses données dans le but de tester la faisabilité d'autres études du programme SPAM. Elles n'ont pas été analysées dans notre étude pilote, mais seront utilisées plus tard, afin de créer des indicateurs utiles dans le cadre du monitoring de la qualité des prestations en médecine de premier recours.

Enfin, le troisième volet se concentrait sur la prévention du tabagisme : organisation générale de la prévention du tabagisme au cabinet, attitude des médecins face au tabagisme, niveau de formation des médecins et obstacles rencontrés. Ces questions étaient basées sur la littérature existante. La pratique d'activités de prévention du tabagisme au cabinet était également investiguée en fonction du type de consultation réalisée : première consultation avec un nouveau patient ; consultations en urgence, différenciées selon les pathologies et les patients (4 scénarios) et lors d'une consultation de suivi médical. Pour certaines questions, le médecin devait répondre séparément pour chacun de ces six scénarios de consultation. La figure n°2 présente ces différents scénarios de consultation.

Figure 2 : Les 6 scénarios de consultation

Scénario 1	Première consultation avec un nouveau patient
Scénario 2a	Urgence, patient habituellement suivi au cabinet, symptômes respiratoires
Scénario 2b	Urgence, patient habituellement suivi au cabinet, symptômes autres que respiratoires
Scénario 3	Consultation de suivi médical, patient habituellement suivi au cabinet
Scénario 4a	Urgence, patient non suivi au cabinet, symptômes respiratoires
Scénario 4b	Urgence, patient non suivi au cabinet, symptômes autres que respiratoires

A la fin du questionnaire, du texte libre était à disposition des médecins s'ils souhaitaient rédiger un commentaire sur le questionnaire et/ou sur l'objectif de notre étude.

Nous avons complété notre base de données à l'aide de données précédemment récoltées au travers du programme SPAM (l'étude QUALICOPC). Nous avons besoin notamment des données sociodémographiques concernant l'identification des répondants au questionnaire (sexe, âge), l'identification de leur lieu de pratique (grande ville ; banlieue ; petite ville ; environnement mi-urbain mi-rural ; rural) et le type de cabinet dans lequel ils travaillaient (solo ; partagé avec d'autres médecins généralistes ; partagé avec d'autres médecins spécialistes ; partagé avec d'autres médecins généralistes et spécialistes).

Test et envoi du questionnaire

Le questionnaire a été testé auprès de deux médecins généralistes de la région lausannoise et de trois chefs de clinique travaillant à la PMU, afin qu'ils y répondent et nous fassent part de leurs commentaires. Ainsi, nous avons pu tester la compréhensibilité des questions et le temps nécessaire à remplir le questionnaire. Tenant compte de leurs remarques, certaines questions et modalités de réponses ont été modifiées ou reformulées et deux questions répétitives ont été supprimées. Environ 15 à 20 minutes suffisaient pour le remplir.

Le questionnaire électronique a été envoyé le 08.10.2013 aux 67 médecins généralistes francophones du réseau SPAM, accompagné d'un e-mail expliquant les objectifs de notre étude.

B4. Analyses

S'agissant d'une étude pilote, nous nous sommes intéressés dans un premier temps au déroulement de la collecte des données et à l'acceptabilité du questionnaire par les médecins généralistes, au moyen d'une analyse descriptive de nos notes concernant la collecte des données, ainsi que des commentaires des généralistes.

Ensuite, nous avons réalisé une analyse descriptive des caractéristiques organisationnelles des cabinets de médecine générale. Lorsque nous parlons de «caractéristiques organisationnelles», nous nous référons à l'étude canadienne ICIS (Lévesque et al, 2012) d'où proviennent les questions de la première partie de notre questionnaire. Pour ces auteurs, le sens de ce terme est très large et englobe de nombreux éléments différents. Ces caractéristiques organisationnelles peuvent être différenciées selon deux groupes:

1. Celles directement liées au médecin généraliste
2. Celles liées plutôt au cabinet.

La figure n°3 présente ces deux groupes de caractéristiques organisationnelles, avec plusieurs exemples.

Figure 3 : Les caractéristiques organisationnelles

Groupe 1: Liées au médecin	Groupe 2: Liées au cabinet	
Sexe	Lieu du cabinet (ville vs campagne)	Vision organisationnelle Importance accordée à la rentabilité
Age	Type de cabinet (solo vs de groupe)	Responsabilité de la santé
Nombre d'heures de travail hebdomadaires, y compris gardes en soirée, la nuit et le week-end	Durée planifiée d'une 1 ^{ère} consultation avec un nouveau patient	Importance accordée à la prestation de service de prévention et de promotion de la santé; etc.
Statut tabagique du médecin	Contexte organisationnel Evolution de la charge administrative	Ressources organisationnelles Ressources informatiques
Durée de la formation du médecin dans le domaine du conseil aux fumeurs	Evolution du rendement financier	Matériel de démonstration; document de contrôle; etc.
Fonction du généraliste	Evolution des conditions de travail pour le personnel; de la qualité des soins; etc.	Productions et résultats organisationnels Conditions d'acceptation de nouveaux patients

Nous avons également fait une analyse descriptive de la prévention du tabagisme pratiquée en Suisse romande.

Finalement, nous avons essayé d'identifier des éléments associés à la pratique de la prévention du tabagisme. Nous avons alors sélectionné 3 caractéristiques liées au médecin (sexe ; âge ; statut tabagique) et 4 caractéristiques-clés liées au fonctionnement du cabinet (lieu ; type ; charge administrative ; durée planifiée pour une 1^{ère} consultation). Notre choix s'est porté sur ces 7 caractéristiques car elles sont assez générales. Au contraire d'autres éléments plus spécifiques, elles sont idéales pour une première approche des liens potentiels entre les caractéristiques organisationnelles liées au médecin ou au cabinet et la pratique de la prévention du tabagisme. Nous avons étudié les associations existantes entre ces 7 facteurs organisationnels et le fait de se renseigner sur le statut tabagique des patients ou le fait de conseiller d'arrêter de fumer, au moyen d'analyses croisées. Un test du chi carré a été réalisé, l'association entre un déterminant organisationnel et la pratique de la prévention du tabagisme étant statistiquement significative si p était < 0.05 .

En vue de simplifier un peu les analyses et par souci de clarté dans la présentation des résultats, nous avons regroupé certaines modalités de réponse. Ainsi, s'il y avait cinq modalités de réponses « toujours », « souvent », « parfois », « rarement » et « jamais » présentes dans le questionnaire et dans la description de la prévention du tabagisme selon six scénarios, nous les avons ramenées au nombre de 3, « toujours », « souvent-parfois » et « rarement-jamais » pour réaliser les analyses croisées.

Concernant les facteurs organisationnels, nous avons défini les jeunes généralistes comme étant ceux dont l'âge était inférieur ou égal à la médiane (57,5 ans).

Le terme « ville » regroupait les modalités de réponse « grande ville », « banlieue » et « petite ville », le terme « campagne » englobant les modalités « environnement mi-urbain mi-rural » et « rural ».

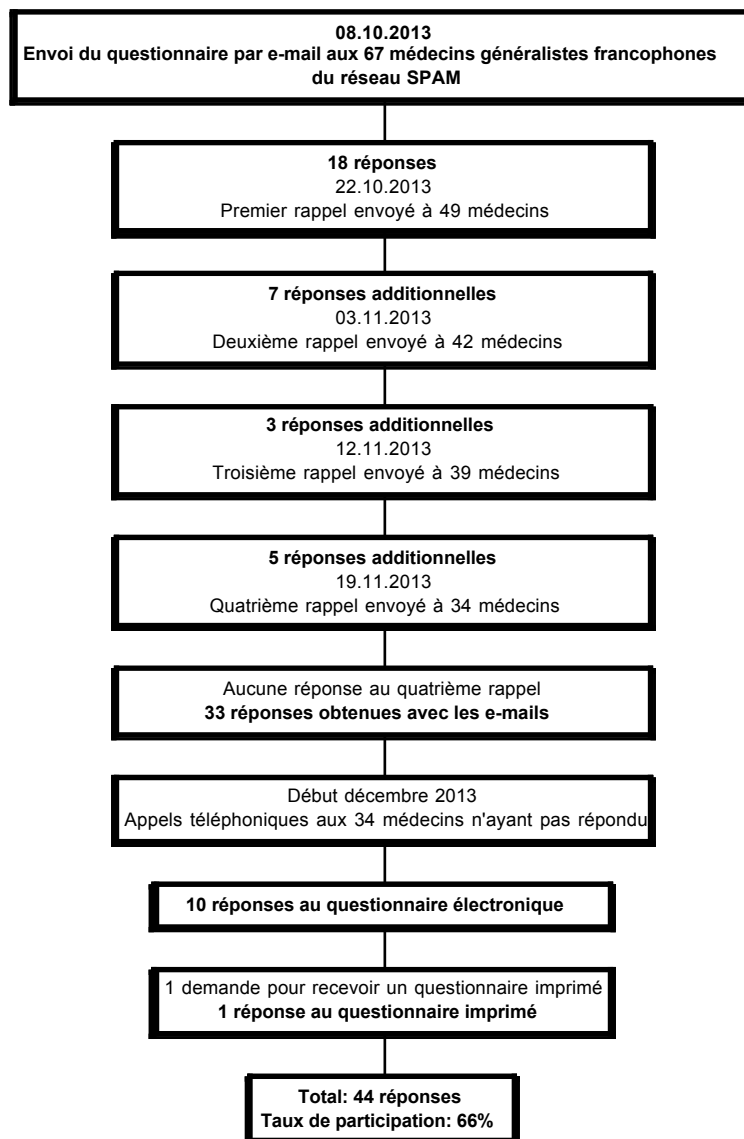
La charge en travail administratif du cabinet médical n'ayant pas augmentée depuis 5 ans englobait les modalités « diminution » et « pas de changement ».

Concernant la durée planifiée pour une 1^{ère} consultation avec un nouveau patient, nous avons regroupé les 4 modalités de réponses « < 15 minutes », « 15- 30 min. », « 30-45 min. » et « > 45 min. » en « ≤ 30 min. » et « > 30 min. ».

C. Résultats

C1. Déroulement de la collecte des données

Figure 4 : Le déroulement de la collecte des données



23 généralistes n'ont jamais répondu à nos appels téléphoniques.

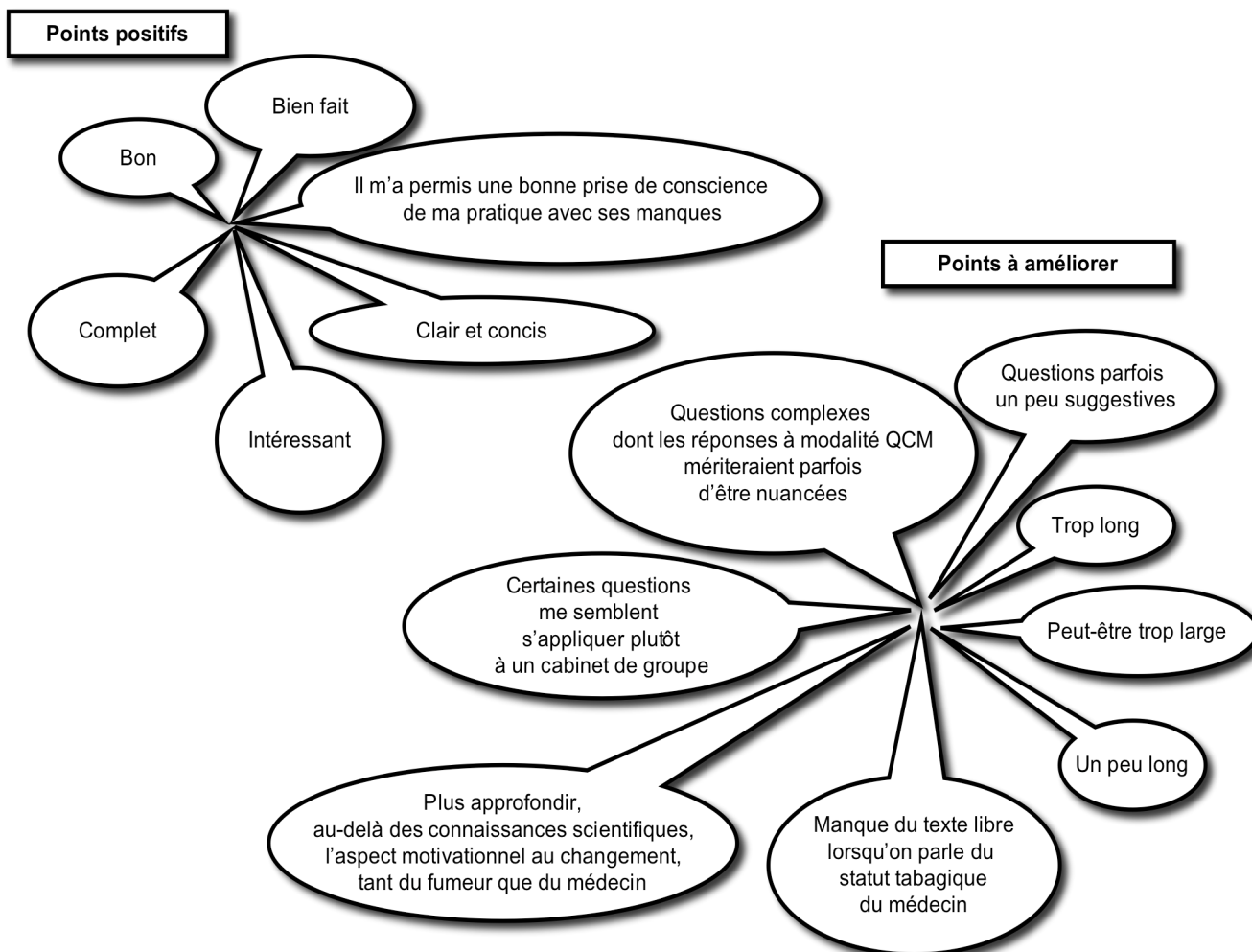
Parmi les médecins auxquels nous avons pu parler, certains ont refusé d'emblée de prendre part à notre étude, bien qu'ils aient donné leur accord pour faire partie du réseau SPAM deux années auparavant. Les principales raisons évoquées étaient le manque de temps ou alors qu'ils étaient trop souvent sollicités pour participer à des enquêtes.

La majorité a toutefois accepté de répondre au questionnaire en ligne, grâce à nos explications fournies par téléphone. En effet, plusieurs médecins ne se souvenaient plus du programme SPAM, ni même d'avoir participé à l'étude QUALICOPC mentionnée dans les e-mails envoyés, et ce malgré le courrier d'information SPAM reçu quelques semaines auparavant.

C2. L'acceptabilité du questionnaire et la faisabilité de l'étude

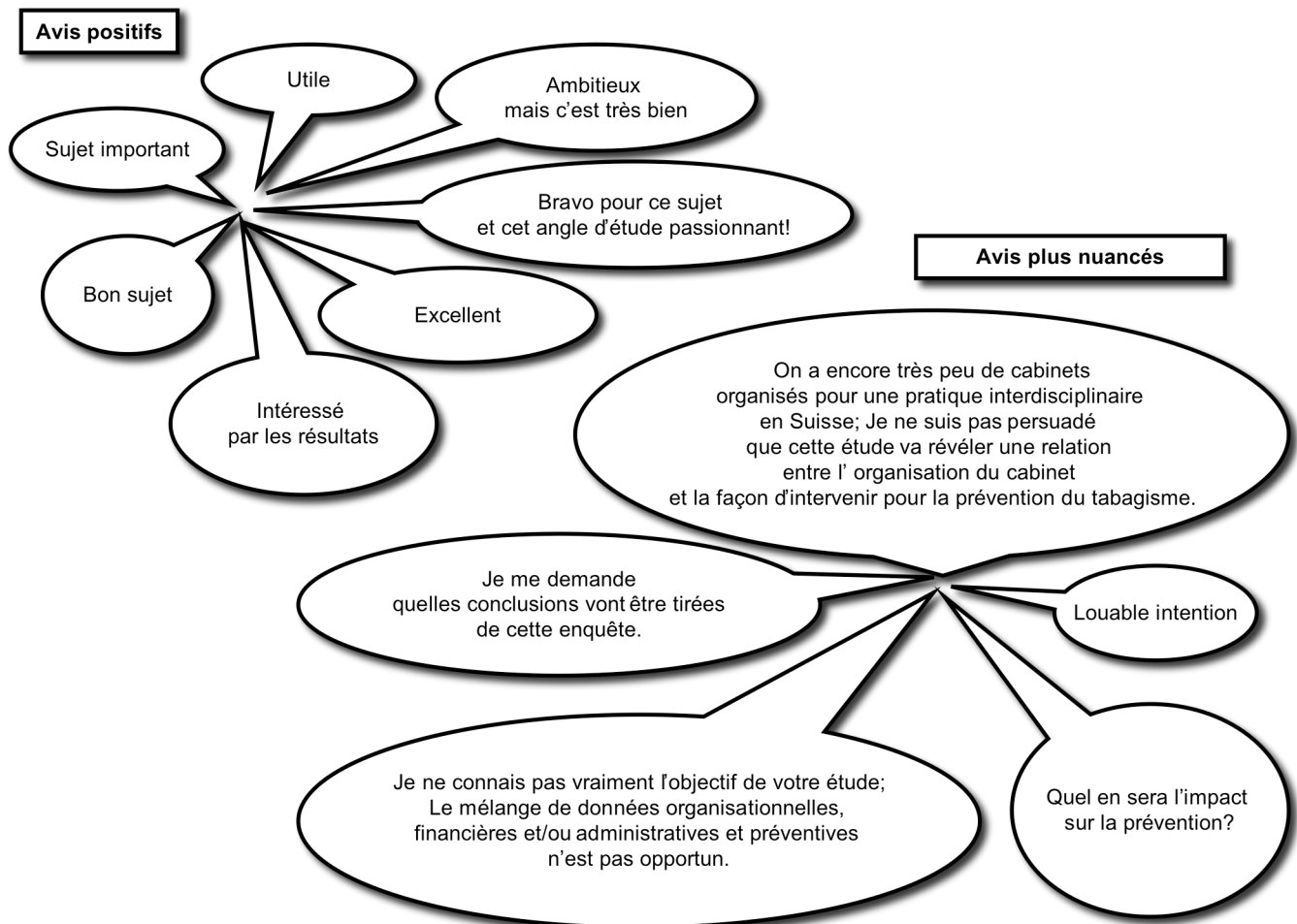
Nous avons reçu 19 commentaires (sur 44 médecins) concernant le questionnaire (figure 5). En règle générale, il a été bien accepté par les médecins généralistes répondants. Cependant, plusieurs points à améliorer ont été soulevés.

Figure 5 : Commentaires des médecins concernant le questionnaire



Concernant les objectifs de notre étude et sa faisabilité, 15 commentaires (sur 44 médecins) nous sont parvenus (figure 6).

Figure 6 : Avis des médecins au sujet des objectifs de notre étude



Le taux de réponse est de 100% pour 31 questions sur 41. Huit questions ont une donnée manquante. La question «Dans quel type de bâtiment se situe votre cabinet médical ?» compte 3 données manquantes. La question «Au cours des cinq dernières années, la charge en travail administratif dans votre cabinet médical a-t-elle diminué ? N'a pas changé ? A augmenté ? Vous ne savez pas ? » a 6 données manquantes.

C3. Description des caractéristiques organisationnelles des cabinets médicaux

Parmi les 44 médecins généralistes ayant participé à notre étude, 66% sont des hommes. La médiane d'âge se situe à 57,5 ans.

En ce qui concerne leur lieu de travail, 59% des médecins répondants pratiquent dans un cabinet de groupe, et 52% travaillent à la campagne (zone rurale ou mi-urbaine mi-rurale).

Un seul d'entre eux est un fumeur actif, et 32% sont des ex-fumeurs.

Au cours de leur carrière, 57% des généralistes ont été formés durant plus de 5 heures à exercer le conseil aux fumeurs.

Le tableau n°1 présente les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes ayant participé à notre étude, ainsi que quelques caractéristiques organisationnelles générales liées au cabinet.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants et quelques caractéristiques liées au cabinet

Sexe	N	%	Nombre d'heures de travail hebdomadaires comme généraliste, y compris les gardes du soir, de la nuit et des week-ends	N	%
Femmes	15	34.1	< 40h/sem	12	28.6
Hommes	29	65.9	40h-60h/sem	25	59.5
			> 60h/sem	5	11.9
Age			Statut tabagique des généralistes		
< 40 ans	3	6.8	N'a (presque) jamais fumé	29	65.9
40-60 ans	25	56.8	Ancien fumeur	14	31.8
> 60 ans	16	36.4	Fumeur actuel	1	2.3
Médiane d'âge	57.5 ans		Durée de la formation des généralistes dans le domaine du conseil aux fumeurs		
Lieu des cabinets			0 heure	1	2.3
Grande ville	10	22.7	1-5 heures	18	40.9
Banlieue	5	11.4	6-10 heures	11	25.0
Petite ville	6	13.6	> 10 heures	14	31.8
Mi-urbain mi-rural	16	36.4	Durée planifiée d'une première consultation avec un nouveau patient		
Rural	7	15.9	< 15 minutes	0	0.0
Type de cabinet			15-30 minutes	12	27.9
Cabinet en solo	18	40.9	30-45 minutes	20	46.5
Cabinet de groupe partagé avec d'autres généralistes	17	40.5	> 45 minutes	11	25.6
Cabinet de groupe partagé avec d'autres spécialistes	2	4.8	Fonction des généralistes		
Cabinet de groupe partagé avec des généralistes et des spécialistes	5	11.8	Médecin responsable du cabinet	23	52.3
Total des cabinets de groupe	26	59.1	Membre de l'équipe de médecins généralistes du cabinet	7	15.9
			Médecin co-responsable du cabinet avec tous les autres médecins généralistes	14	31.8

Dans notre étude, 74% des médecins généralistes rapportent que la charge administrative au sein de leur cabinet a augmenté au cours des 5 dernières années écoulées (tableau 2).

A la question au sujet de l'importance accordée à la prestation de services de prévention et de promotion de la santé, 57% des médecins trouvent qu'elle est un objectif très important, c'est-à-dire qu'ils l'évaluent à 8 ou plus sur une échelle de 1 à 10 (tableau 3).

Concernant la responsabilité de la santé, 43% des médecins généralistes estiment que la santé est principalement une responsabilité individuelle, qu'il en va de la responsabilité de chacun de veiller à sa santé et de prendre les mesures nécessaires pour l'améliorer (tableau 3).

Les tableaux 2, 3, 4 et 5 présentent les caractéristiques organisationnelles liées aux cabinets, réparties en plusieurs catégories selon la classification de l'étude ICIS.

Tableau 2 : Caractéristiques organisationnelles liées au cabinet : contexte organisationnel

Evolution du rendement global du cabinet médical au cours des deux dernières années			Au cours des cinq dernières années:		
Augmentation	19	43.2	Evolution de la qualité des soins délivrés aux patients		
Pas de changement	15	34.1		N	%
Diminution	8	18.2	Amélioration	8	19.0
Inconnue	2	4.5	Pas de changement	32	76.2
Au cours des cinq dernières années:			Détérioration	2	4.8
			Inconnue	0	0.0
Evolution des conditions de travail pour le personnel			Evolution de la collaboration avec les hôpitaux		
Amélioration	11	25.0	Amélioration	5	11.4
Pas de changement	30	68.2	Pas de changement	28	63.6
Détérioration	2	4.5	Détérioration	11	25.0
Inconnue	1	2.3	Inconnue	0	0.0
Evolution de la qualité de la pratique clinique pour les médecins généralistes			Evolution de la charge en travail administratif du cabinet médical		
Amélioration	6	13.6	Diminution	1	2.6
Pas de changement	29	65.9	Pas de changement	9	23.7
Détérioration	8	18.2	Augmentation	28	73.7
Inconnue	1	2.3	Inconnue	0	0.0

Tableau 3 : Caractéristiques organisationnelles liées au cabinet : vision organisationnelle

Importance accordée aux objectifs suivants par les cabinets médicaux :			Population desservie par les cabinets médicaux		
	N	%		N	%
La rentabilité			Toute personne se présentant au cabinet médical, peu importe son lieu de résidence.		
Peu important (1-3)	1	2.3		19	44.2
Assez important (4-7)	28	63.6	Seuls les patients ayant un dossier actif ou étant déjà patients dans ce cabinet médical.		
Très important (8-10)	15	34.1		12	27.9
			La population du quartier, du village ou du territoire desservi par ce cabinet médical		
				12	27.9
La prestation de services de prévention et de promotion de la santé			Responsabilité de la santé		
Peu important (1-3)	1	2.3	La santé est principalement une responsabilité individuelle ; il est de la responsabilité de chacun de veiller à sa santé et de prendre les mesures nécessaires pour l'améliorer.		
Assez important (4-7)	18	40.9		19	43.2
Très important (8-10)	25	56.8	La santé est principalement une responsabilité collective ; il est de la responsabilité de la société de créer des conditions qui contribuent à préserver ou à améliorer la santé.		
				17	38.6

Tableau 4 : Caractéristiques organisationnelles liées au cabinet : ressources organisationnelles

Dans les cabinets médicaux, y a-t-il à disposition:	N	%	Les cabinets médicaux offrent-ils aux patients les services suivants:	N	%
Un système permettant de rappeler aux patients d'effectuer les tests de dépistage recommandés (Pap test, mammographie,...)			La possibilité de prendre un rendez-vous sur internet		
Oui et informatisé	9	20.5	Oui	4	9.3
Oui et sur papier	4	9.1	Non	39	90.7
Non	31	70.4	Inconnue	0	0
Du matériel de démonstration permettant d'aider les généralistes à expliquer certains concepts à leurs patients lorsqu'ils leur fournissent des conseils sur les habitudes de vie			La possibilité de poser des questions médicales par e-mail.		
Oui et informatisé	7	15.9	Oui	28	63.6
Oui et sur papier	29	65.9	Non	16	36.4
Non	8	18.2	Inconnue	0	0
Un document de contrôle dans le dossier des patients concernant les activités de prévention recommandées officiellement (conseiller, dépister, vacciner) et que les généralistes ont appliqués chez ces patients			La possibilité de recevoir le renouvellement d'une ordonnance par e-mail.		
Oui et informatisé	8	18.2	Oui	15	34.1
Oui et sur papier	8	18.2	Non	28	63.6
Non	28	63.6	Inconnue	1	2.3

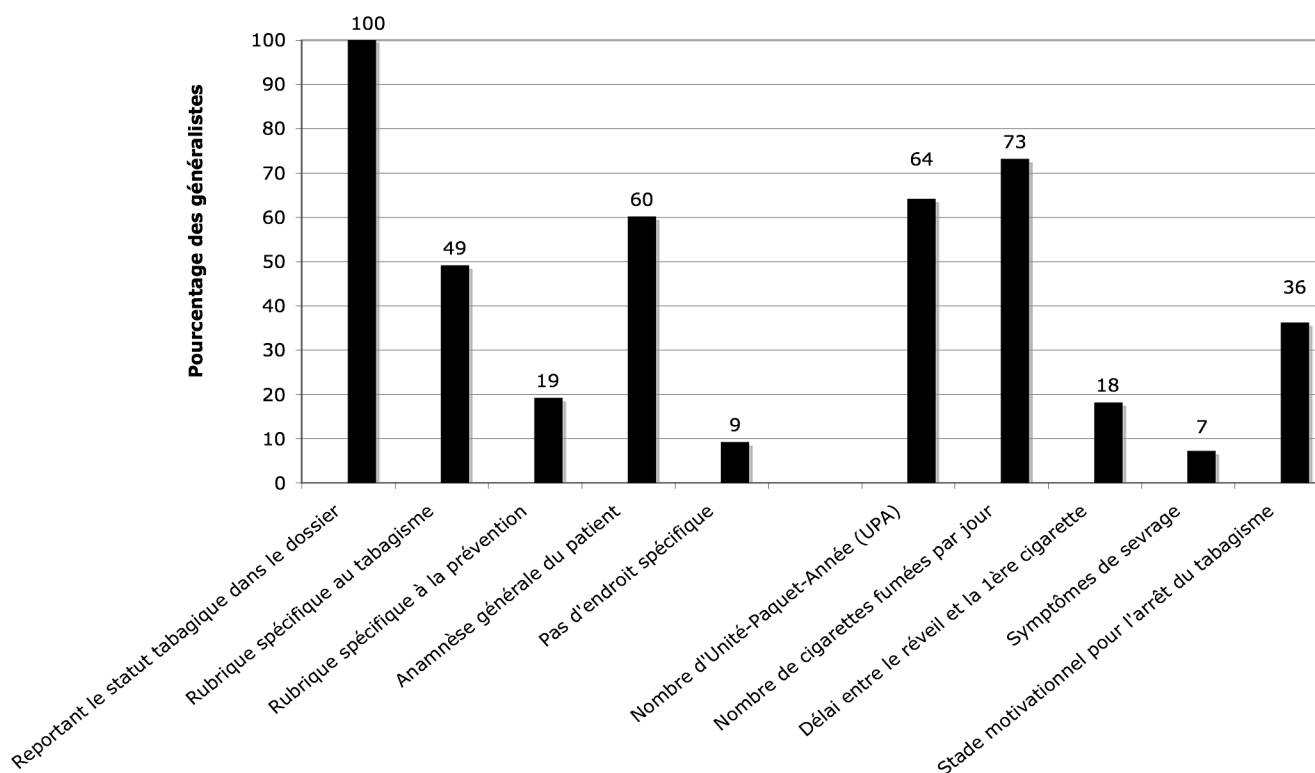
Tableau 5 : Caractéristiques organisationnelles liées au cabinet : production et résultats organisationnels

Acceptation par les cabinets de nouveaux patients pour un suivi à long terme (et pas seulement pour une consultation en urgence)	N	%
Tous les nouveaux patients désireux d'y être suivis sont acceptés	22	50.0
De nouveaux patients sont acceptés à certaines conditions seulement (cf. ci-dessous)	21	47.7
Aucun nouveau patient n'est accepté	1	2.3
Conditions d'acceptation de nouveaux patients		
Le nouveau patient doit être un membre de la famille d'un patient déjà suivi au cabinet	15	55.6
Il doit être adressé par un confrère	4	14.8
Il doit être un patient vulnérable	2	7.4
Il doit être un patient orphelin / enregistré sur une liste d'accès	0	0.0
Il doit être de la région	9	33.3
Selon les disponibilités du cabinet	22	81.5
Autre	5	18.5

C4. La pratique courante de la prévention contre le tabagisme par les médecins généralistes

De quelle manière les médecins généralistes pratiquent-ils la prévention contre le tabagisme?

Graphique 1 : Reporter le statut tabagique des patients dans le dossier médical



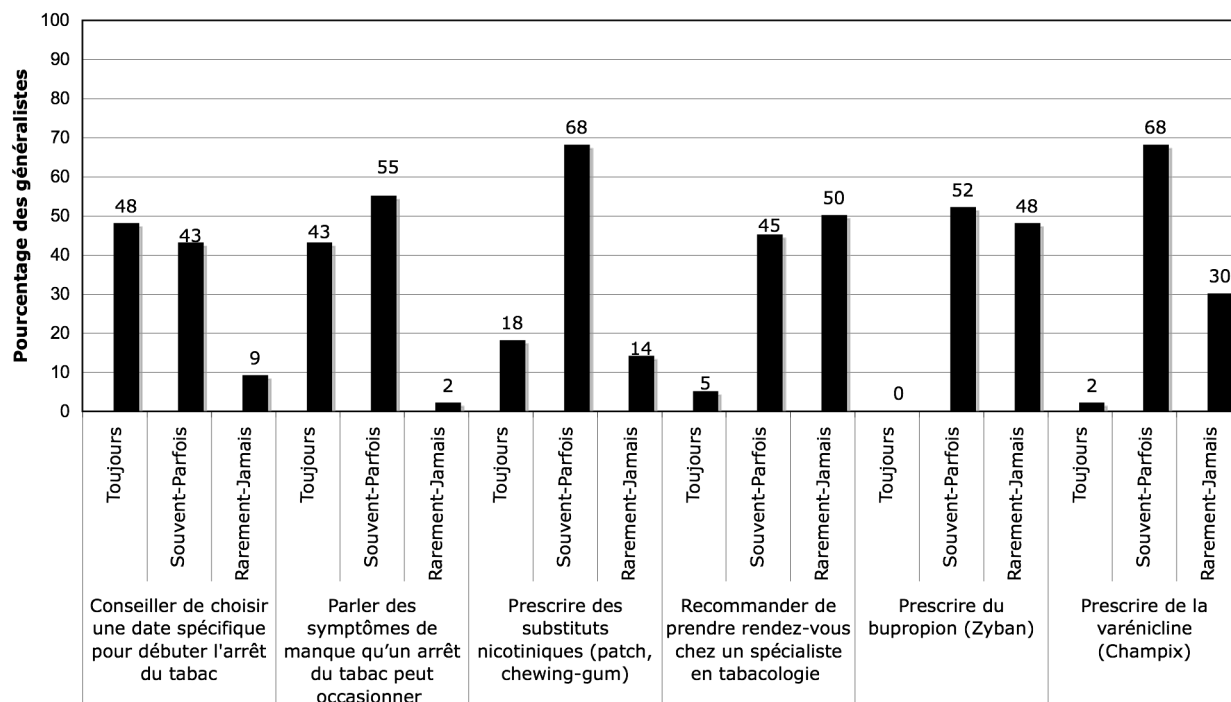
Tous les généralistes (100%) reportent le statut tabagique des patients dans leur dossier médical. En même temps, 73% des généralistes y inscrivent également le nombre de cigarettes fumées par jour et 64% y inscrivent les UPA. Nous avons constaté que 49% des médecins reportent le statut tabagique de leurs patients sous une rubrique du dossier médical spécifiquement consacrée au tabagisme (graphique 1).

Aux patients fumeurs désirant arrêter, 48% des généralistes conseillent toujours de choisir une date spécifique pour débiter leur arrêt du tabac. De plus, 43% leur parlent toujours des symptômes de sevrage pouvant survenir à cette occasion. Cependant, seulement 18% des médecins leur prescrivent systématiquement des substituts nicotiniques (patch ou chewing-gum). Le bupropion est souvent ou parfois prescrit par 52% des généralistes (versus 48% ne le prescrivant rarement ou jamais). La varénicline, quant à elle, est prescrite par 68% des généralistes (souvent ou parfois).

La moitié des médecins ne conseillent que rarement, voire jamais, à leurs patients fumeurs désirant arrêter, de prendre rendez-vous pour une consultation chez un spécialiste en tabacologie (graphique 2).

Lorsque les généralistes conseillent un patient fumeur au sujet du tabagisme, ils y consacrent en moyenne 5 à 10 minutes par consultation.

Graphique 2 : La pratique du conseil aux fumeurs par les médecins généralistes



Quelle est leur opinion au sujet de leur pratique de la prévention contre le tabagisme ?

Concernant leur propre statut tabagique, 47% des généralistes pensent que celui-ci a une influence sur leur activité de conseil aux fumeurs. Pour 52% des médecins, leur crédibilité envers les patients fumeurs est influencée par leur propre statut tabagique.

La moitié des médecins généralistes ayant participé à notre étude jugent la qualité de leur formation dans le domaine du conseil aux fumeurs comme suffisante et 20% la considèrent comme bonne.

A la question de savoir s'ils seraient intéressés à suivre une formation continue afin d'améliorer leurs compétences dans le domaine du conseil aux fumeurs, 47% répondent par l'affirmative.

A l'exception d'un seul, tous les généralistes pensent que conseiller les patients fumeurs est de leur responsabilité. Uniquement 9% des médecins considèrent qu'ils n'ont pas le temps de pratiquer cette activité de prévention qu'est le conseil aux fumeurs.

C5. La pratique de la prévention contre le tabagisme selon le type de consultation

Se renseigner sur le statut tabagique des patients

Lors d'une première consultation en ambulatoire avec un nouveau patient, 84% des médecins généralistes se renseignent toujours sur son statut tabagique.

Si un patient non suivi habituellement dans leur cabinet vient consulter en urgence pour des symptômes respiratoires, 69% des généralistes lui demandent systématiquement s'il fume.

Pour ce même patient inconnu du cabinet, venant consulter en urgence non pour des symptômes respiratoires mais pour une autre pathologie, seulement 9% des médecins généralistes se renseignent toujours sur son statut tabagique.

Le tableau n°6 présente la proportion de médecins généralistes se renseignant sur le statut tabagique de leurs patients, selon divers scénarios de consultation.

Tableau 6 : Proportion de généralistes se renseignant sur le statut tabagique de leurs patients

1. Première consultation avec un nouveau patient			3. Consultation de suivi médical, patient habituellement suivi au cabinet		
	N	%		N	%
Toujours	37	84.1	Toujours	11	25.0
Souvent	7	15.9	Souvent	25	56.8
Parfois	0	0.0	Parfois	8	18.2
Rarement	0	0.0	Rarement	0	0.0
Jamais	0	0.0	Jamais	0	0.0
2a. Urgence, patient habituellement suivi au cabinet, symptômes respiratoires			4a. Urgence, patient non suivi au cabinet, symptômes respiratoires		
Toujours	29	67.4	Toujours	29	69.0
Souvent	11	25.6	Souvent	7	16.7
Parfois	3	7.0	Parfois	5	11.9
Rarement	0	0.0	Rarement	1	2.4
Jamais	0	0.0	Jamais	0	0.0
2b. Urgence, patient habituellement suivi au cabinet, symptômes autres que respiratoires			4b. Urgence, patient non suivi au cabinet, symptômes autres que respiratoires		
Toujours	2	4.6	Toujours	4	9.1
Souvent	14	31.8	Souvent	11	25.0
Parfois	22	50.0	Parfois	20	45.5
Rarement	6	13.6	Rarement	7	15.9
Jamais	0	0.0	Jamais	2	4.5

Conseiller aux patients fumeurs d'arrêter de fumer

Bien que 84% des médecins généralistes se renseignent toujours sur le statut tabagique d'un patient lors d'une première consultation, seulement 32% conseillent ensuite systématiquement à leurs nouveaux patients fumeurs d'arrêter de fumer, lors de cette même première consultation.

Si un patient fumeur habituellement suivi au cabinet s'y présente en urgence concernant une pathologie respiratoire, 48% des généralistes lui conseillent systématiquement d'arrêter de fumer. Par contre, si ce même patient fumeur connu du cabinet s'y présente en urgence concernant une pathologie autre que respiratoire, le pourcentage de généralistes lui conseillant systématiquement d'arrêter de fumer tombe à 7%.

Le tableau n°7 présente la proportion de médecins généralistes conseillant à leurs patients fumeurs d'arrêter de fumer, selon divers scénarios de consultation.

Tableau 7 : Proportion de généralistes conseillant à leurs patients fumeurs d'arrêter de fumer

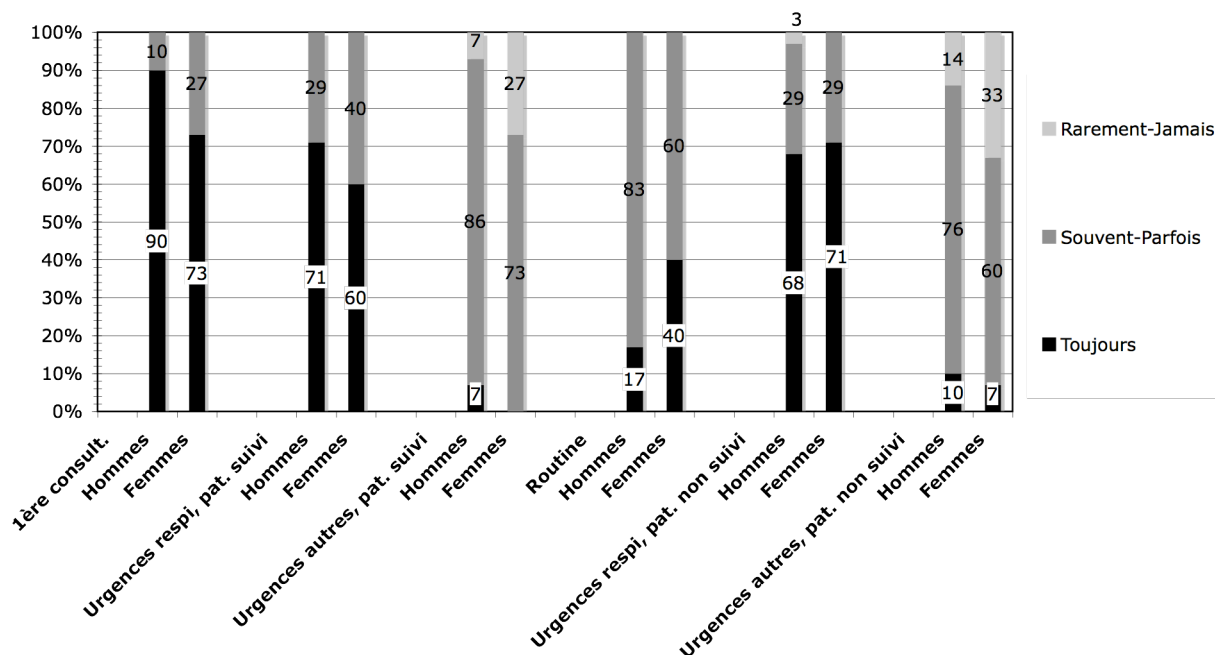
1. Première consultation avec un nouveau patient			3. Consultation de suivi médical, patient habituellement suivi au cabinet		
	N	%		N	%
Toujours	14	31.8	Toujours	9	20.5
Souvent	15	34.1	Souvent	24	54.5
Parfois	11	25.0	Parfois	11	25.0
Rarement	3	6.8	Rarement	0	0.0
Jamais	1	2.3	Jamais	0	0.0
2a. Urgence, patient habituellement suivi au cabinet, symptômes respiratoires			4a. Urgence, patient non suivi au cabinet, symptômes respiratoires		
Toujours	21	47.7	Toujours	13	31.0
Souvent	16	36.4	Souvent	16	38.1
Parfois	6	13.6	Parfois	9	21.4
Rarement	1	2.3	Rarement	4	9.5
Jamais	0	0.0	Jamais	0	0.0
2b. Urgence, patient habituellement suivi au cabinet, symptômes autres que respiratoires			4b. Urgence, patient non suivi au cabinet, symptômes autres que respiratoires		
Toujours	3	6.8	Toujours	1	2.3
Souvent	11	25.0	Souvent	8	18.2
Parfois	18	40.9	Parfois	13	29.5
Rarement	11	25.0	Rarement	18	40.9
Jamais	1	2.3	Jamais	4	9.1

C6. Associations entre les facteurs organisationnels et la pratique de la prévention contre le tabagisme

Les graphiques n° 3 à 9 présentent diverses tendances observées dans notre étude et associant les 7 facteurs organisationnels sélectionnés (3 caractéristiques liées au médecin et 4 caractéristiques-clés liées au cabinet ; cf. méthode) au fait de faire de la prévention contre le tabagisme. Dans la suite du texte, « faire de la prévention contre le tabagisme » regroupe les entités « se renseigner sur le statut tabagique des patients » et « conseiller aux patients fumeurs d'arrêter de fumer ».

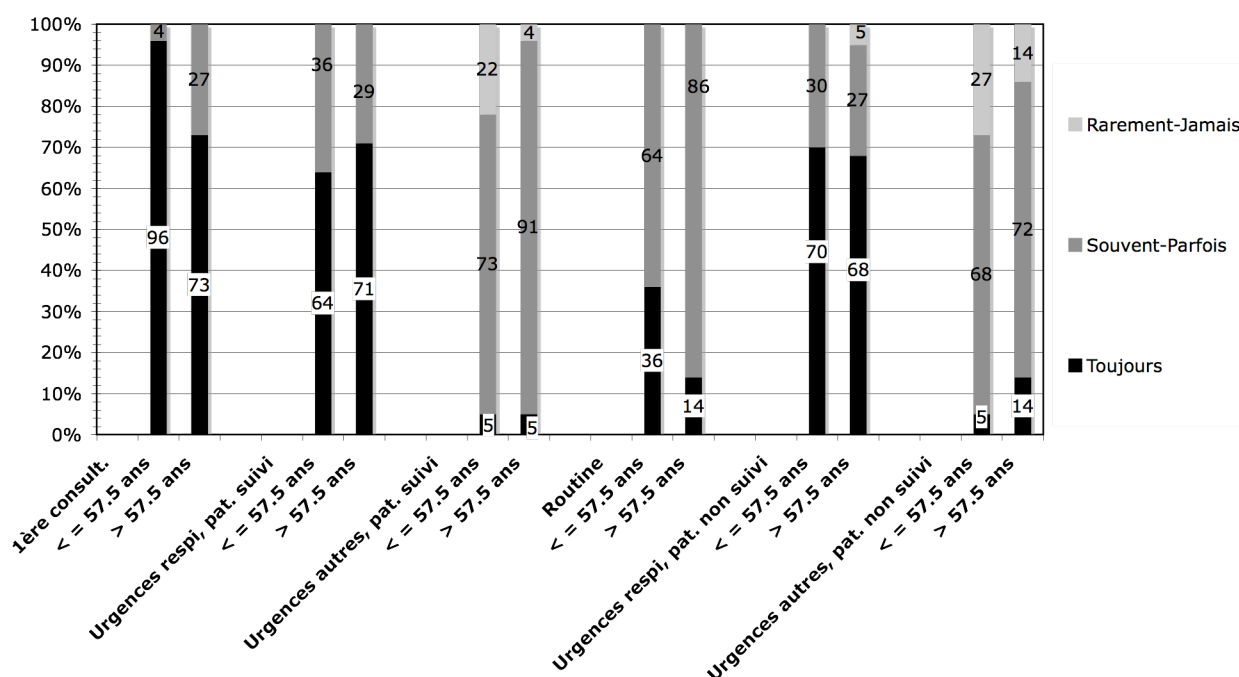
Les médecins hommes font de la prévention contre le tabagisme plus souvent que les médecins femmes, s'il s'agit d'une première consultation (90% vs 73%) ou de consultations en urgence pour des symptômes respiratoires (71% vs 60%) (patient suivi au cabinet). Les médecins femmes, quant à elles, font de la prévention contre le tabagisme plus souvent que les médecins hommes, s'il s'agit d'une consultation de suivi médical (40% vs 17%) (graphique 3 ; graphique 10, en annexe 2).

Graphique 3 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et le genre du médecin



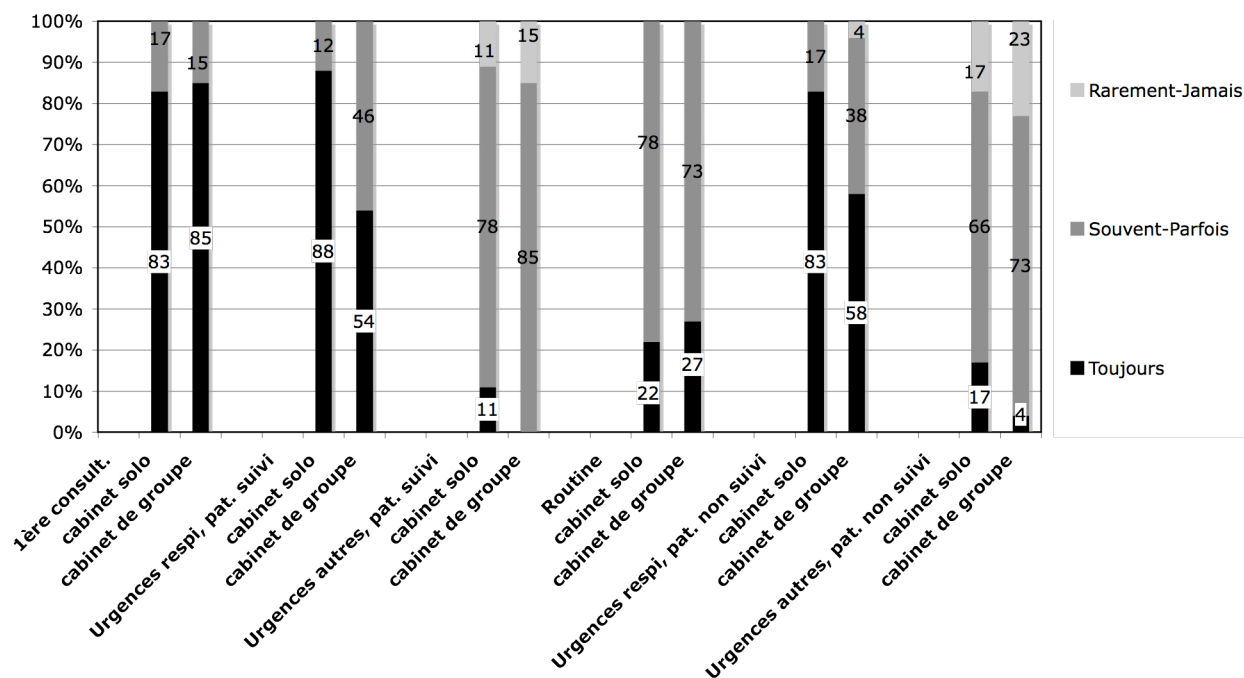
Les jeunes médecins généralistes ($\leq 57,5$ ans) font significativement plus souvent de prévention du tabagisme que les médecins plus âgés, s'il s'agit d'une première consultation (96% vs 73% ; $p < 0.05$). (graphique 4 ; graphique 11, en annexe 2).

Graphique 4 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et l'âge du médecin



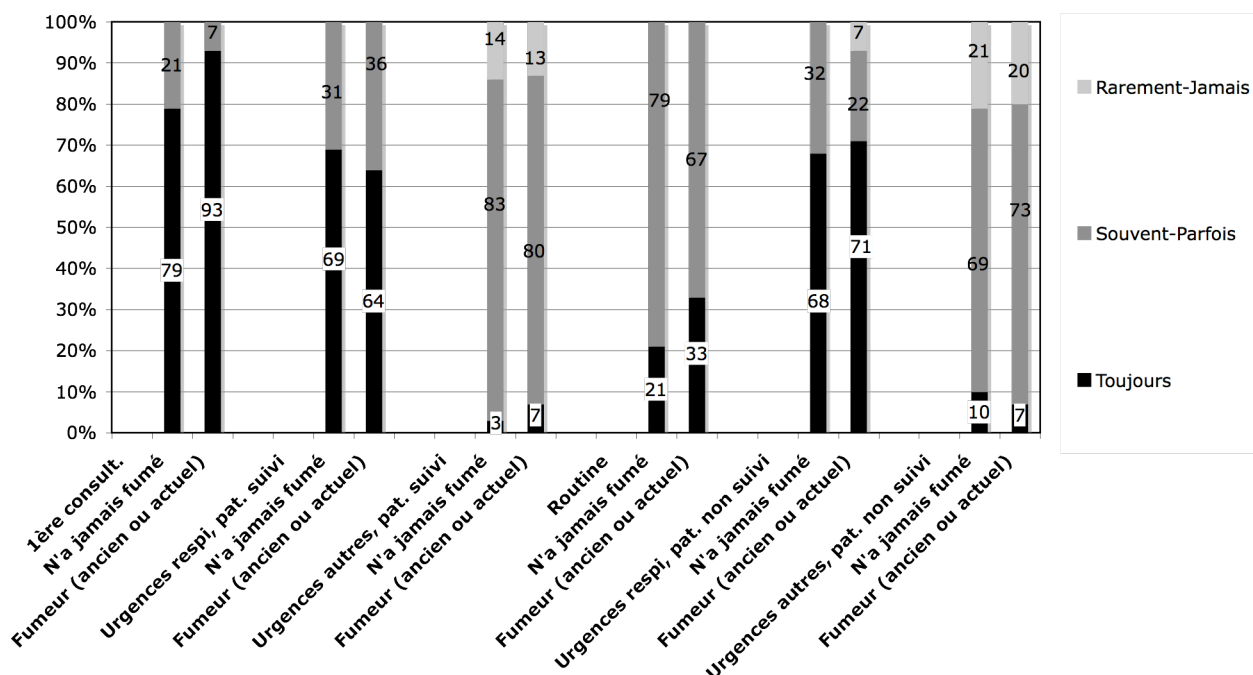
Pratiquer dans un cabinet en solo est, de manière statistiquement significative, positivement associé au fait de faire de la prévention contre le tabagisme, s'il s'agit de consultations en urgence (88% vs 54% ; $p < 0.05$) (graphique 5 ; graphique 12, en annexe 2).

Graphique 5 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et le type de cabinet



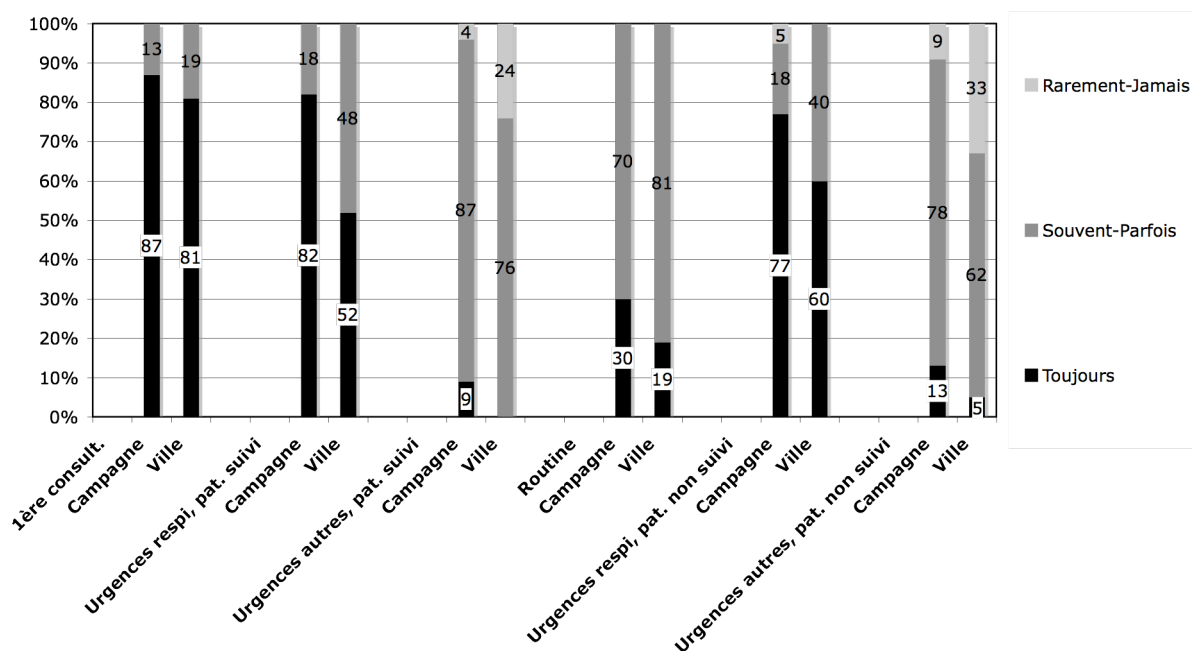
Dans le cadre d'une première consultation (93% vs 79%) ou d'un suivi médical (33% vs 21%), les médecins fumeurs (ex-fumeurs surtout, un seul fumeur dans l'échantillon) se renseignent sur le statut tabagique de leurs patients plus souvent que ceux qui n'ont jamais fumé (graphique 6). De plus, ces généralistes fumeurs et ex-fumeurs conseillent d'arrêter la cigarette plus fréquemment que ceux n'ayant jamais fumé (67% vs 38% ; dans le cadre d'une consultation en urgence pour des symptômes respiratoires avec un patient habituellement suivi au cabinet) (graphique 13, en annexe 2).

Graphique 6 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et le statut tabagique du médecin



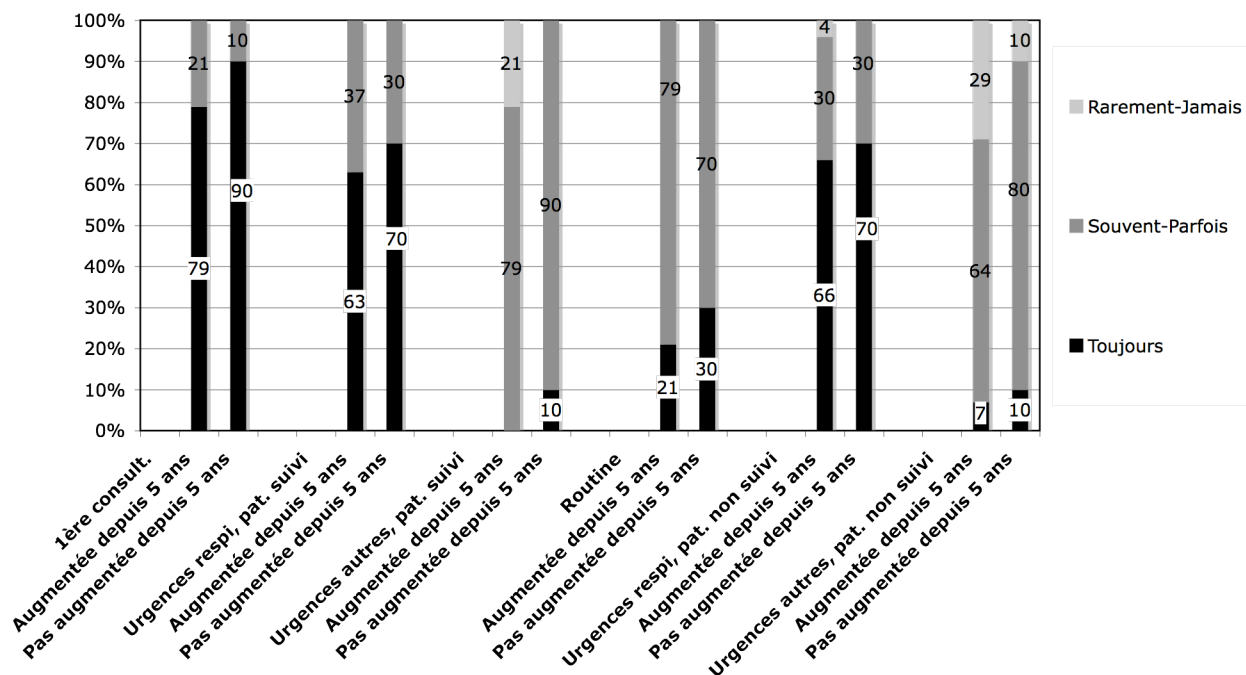
Pratiquer dans un cabinet en milieu rural est, de manière statistiquement significative, positivement associé au fait de se renseigner sur le statut tabagique des patients, dans le cadre de consultations en urgence (82% vs 52% ; $p < 0.05$) (graphique 7). Le milieu rural est aussi positivement associé au fait de conseiller d'arrêter de fumer, sauf s'il s'agit d'une première consultation (graphique 14, en annexe 2).

Graphique 7 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et le lieu du cabinet



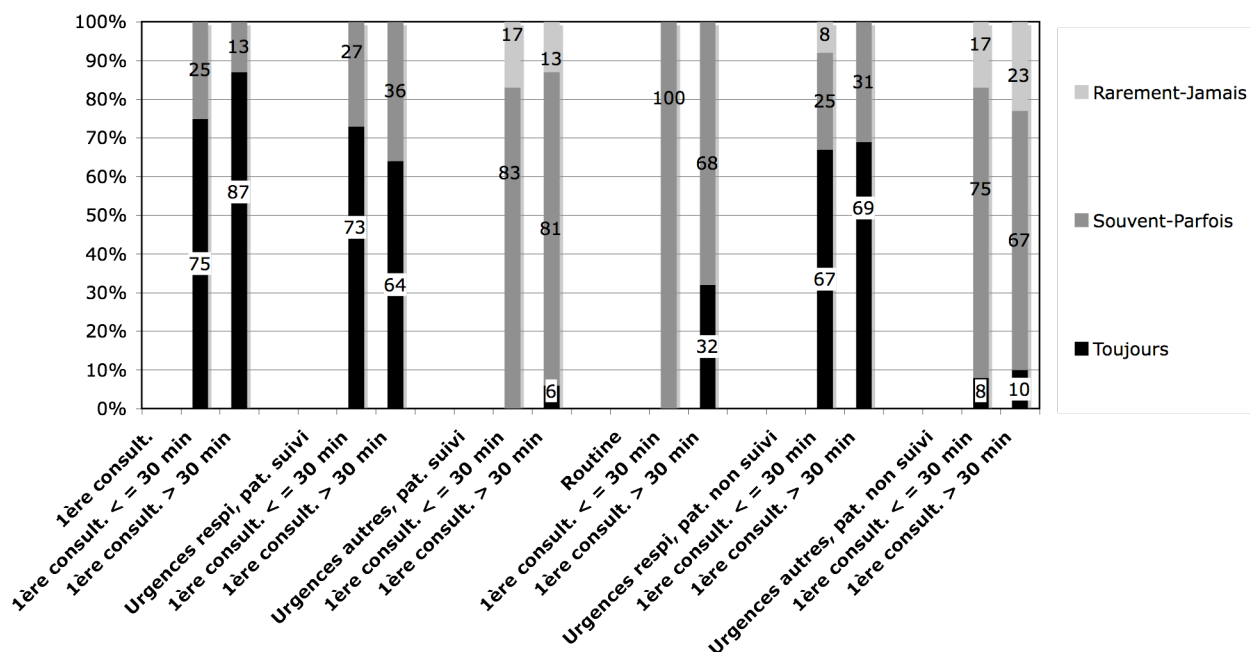
Dans les cabinets dont la charge administrative n'a pas augmenté depuis les cinq dernières années, les médecins généralistes font plus fréquemment de la prévention contre le tabagisme (graphique 8 ; graphique 15, en annexe 2).

Graphique 8 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et la charge administrative du cabinet



Dans les cabinets où la durée planifiée d'une première consultation avec un nouveau patient est de plus de 30 minutes, les généralistes font significativement plus fréquemment de prévention contre le tabagisme, dans le cadre d'une consultation de suivi médical (32% vs 0% ; $p < 0.05$) (graphique 9 ; graphique 16, en annexe 2).

Graphique 9 : Lien entre le fait de se renseigner sur le statut tabagique et la durée planifiée d'une 1^{ère} consultation



D. Discussion

Cette étude pilote a montré qu'il était faisable d'interroger les médecins généralistes suisses romands au sujet de leur pratique de la prévention contre le tabagisme. Les questions à ce sujet ont été bien acceptées de leur part, y compris la question facultative concernant leur propre statut tabagique.

L'étude a principalement mis en évidence des pratiques de prévention du tabagisme significativement différentes selon le type de consultation. En effet, alors que la majorité des généralistes se renseignent systématiquement sur le statut tabagique des patients lors d'une première rencontre avec un nouveau patient ou lors de consultations en urgence pour des symptômes respiratoires, très peu d'entre eux posent la question du statut tabagique à un patient non suivi à leur cabinet s'y présentant en urgence pour une pathologie autre que respiratoire. Il en va de même concernant le fait de conseiller d'arrêter de fumer. Les médecins généralistes le font régulièrement pour un patient présentant des symptômes respiratoires, beaucoup plus rarement si le motif de la consultation est tout autre.

Un autre constat ressort de cette étude. Bien que les médecins généralistes soient tout à fait conscients des symptômes de sevrage potentiellement occasionnés par un arrêt du tabac, seule une petite minorité prescrit systématiquement des substituts nicotiniques et/ou du bupropion aux patients fumeurs désirant arrêter.

Enfin, l'étude a dégagé plusieurs tendances associant positivement certains facteurs organisationnels à la pratique de la prévention du tabagisme (variant selon le type de consultation). Il s'agit du jeune âge du généraliste (≤ 57.5 ans ; dans le cadre d'une première consultation), pratiquer dans un cabinet en solo ou à la campagne (dans le cadre d'urgences), et le fait de consacrer plus de 30 minutes à un nouveau patient (dans le cadre d'une consultation de suivi médical).

La pratique de la prévention du tabagisme selon le type de consultation

Notre taux de 84% de médecins généralistes se renseignant toujours sur le statut tabagique de leurs nouveaux patients correspond à ce qui a été montré dans la revue de littérature européenne, soit un taux compris entre 62% et 98% selon les pays [17].

Elle mentionnait également que seulement 36% des professionnels de la santé conseillent toujours d'arrêter de fumer à leurs patients [17]. Cette étude semble montrer que 32% des généralistes conseillent toujours d'arrêter de fumer à leurs nouveaux patients fumeurs.

Lorsqu'un patient non suivi au cabinet consulte en urgence pour des symptômes respiratoires, donc potentiellement liés au tabagisme, 69% des généralistes ayant participé à notre étude se renseignent toujours sur son statut tabagique, ce pourcentage chutant à 9% si ce patient consulte en urgence pour une pathologie autre. Selon une étude belge citée dans la revue de littérature européenne, 85% des généralistes se renseignent sur le statut tabagique d'un patient présentant des symptômes potentiellement liés au tabagisme, alors que seulement 28% évaluent de manière régulière le statut tabagique de tous leurs patients. [17].

De manière similaire, nous pouvons mettre en perspective les 48% de généralistes conseillant toujours à leurs patients fumeurs d'arrêter si ceux-ci présentent en urgence des symptômes respiratoires avec le taux de 7% conseillant toujours d'arrêter de fumer si ces mêmes patients consultent en urgence pour une pathologie autre que respiratoire. La revue de littérature européenne mentionnait une étude néerlandaise ayant montré que si 60% des médecins généralistes rapportent conseiller à leurs patients d'arrêter de fumer qu'importe les conditions de la consultation, 98% conseillent d'arrêter de fumer si le tabagisme est considéré comme un facteur de risque pour les symptômes actuels du patient [17].

Nos résultats démontrent qu'en Suisse romande, la prévention du tabagisme est bien ancrée dans les habitudes de pratique des médecins généralistes pour deux types de consultation, soit une 1^{ère} consultation au cabinet (comparable à une entrée à l'hôpital) ou si les patients ont des symptômes potentiellement liés au tabagisme. Par contre, dans d'autres conditions de consultation (notamment en urgence, avec un patient présentant des symptômes autres que respiratoires), la prévention du tabagisme est très peu mise en pratique.

Plusieurs hypothèses sont envisageables pour expliquer ces différences de pratique selon le type de consultation. Les médecins généralistes pensent peut-être que le conseil aux fumeurs est plus efficace s'il est relié à des symptômes que présente actuellement le patient. En effet, selon une étude britannique relatée par la revue de littérature européenne [17], 97% des généralistes pensent que les conseils donnés aux fumeurs sont plus efficaces quand ils sont en lien avec des problèmes présentés par les patients. De plus, lors d'une consultation, beaucoup de demandes sont en compétition. Par manque de temps, les généralistes doivent établir des priorités. S'ils estiment que discuter du tabagisme avec un patient serait une utilisation efficace de leur temps lors de cette consultation, notamment en raison des symptômes présentés par le patient, ils y mettront la priorité [30]. Finalement, comme mentionné dans l'introduction, les actes de prévention du tabagisme sont peu rémunérés en Suisse. Si le médecin généraliste n'envisage pas de discuter du tabagisme lors d'une consultation car cela n'irait pas dans le sens de son agenda ni de celui du patient, la faible rémunération des actes de prévention du tabagisme ne l'y incitera pas davantage.

Ces différences de pratique selon le type de consultation donnent lieu à des opportunités de prévention manquées. Si les généralistes ne parlent effectivement pas de tabagisme, même brièvement, avec un patient venu en urgence, par exemple pour des symptômes digestifs aigus, ils perdent l'occasion de sensibiliser à la problématique du tabagisme ce patient, potentiellement peu en contact avec le système de soins.

La pratique courante de la prévention du tabagisme par les médecins généralistes

Comme la pratique courante de la prévention du tabagisme a déjà été beaucoup investiguée et discutée dans de précédentes études, nous n'en dirons que quelques mots ici.

Mises à part ces opportunités de prévention manquées, les généralistes de Suisse romande sont plutôt bien impliqués dans la prévention contre le tabagisme, en tout cas en première approche, soit se renseigner sur le statut tabagique des patients et conseiller aux patients fumeurs d'arrêter de fumer.

Lorsqu'il s'agit d'intervenir plus intensément auprès des patients fumeurs (par exemple : prescrire des substituts nicotiniques, du bupropion, voire référer le patient chez un spécialiste en tabacologie, ...) leurs performances sont moins bonnes. Cette situation se retrouve dans les autres pays européens [17] et aux USA (médecins assistants en médecine de famille) [10], où la proportion de généralistes pratiquant le conseil aux fumeurs de manière plus intensive ou prescrivant des traitements pharmacologiques de soutien à l'arrêt est

en général plus basse que celle se renseignant sur le statut tabagique et conseillant brièvement d'arrêter de fumer [17].

Associations entre les facteurs organisationnels et la pratique de la prévention contre le tabagisme

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études ayant également investigué les associations entre les caractéristiques organisationnelles liées au cabinet (c'est-à-dire type de cabinet, lieu de pratique, charge administrative du cabinet et durée planifiée d'une première consultation au cabinet) et la pratique de la prévention contre le tabagisme.

Les caractéristiques directement liées au médecin (c'est-à-dire sexe, âge, statut tabagique) explorées dans cette étude ont aussi été investiguées dans d'autres études. Mais dans la littérature, contrairement à notre étude, les associations entre les facteurs liés au médecin et la pratique de la prévention du tabagisme n'ont pas été étudiées selon différents scénarios de consultation. Nos résultats sont donc probablement plus précis.

Dans une étude allemande de Twardella et al., le sexe féminin ou le jeune âge (30-49 ans) du généraliste sont associés à une faible activité dans le conseil aux fumeurs, définie comme avoir soutenu dans leur essai d'arrêter de fumer moins de 10 patients au cours des trois derniers mois [13]. La revue de littérature européenne de Stead et al. a démontré qu'il n'y a pas d'association constante entre le sexe du généraliste, respectivement son âge, et l'importance de son engagement dans le conseil aux fumeurs [17]. Notre étude n'a pas pu établir si le sexe du médecin est associé à la pratique de la prévention du tabagisme, les tendances variant selon les scénarios de consultation. Par contre, dans certains scénarios, le jeune âge ($\leq 57,5$ ans) du généraliste est positivement associé à la prévention contre le tabagisme, de manière statistiquement significative.

Cette étude, comme l'étude de Twardella et al. [13], semble montrer que si le médecin généraliste est un ex-fumeur, cela influence positivement la prévention contre le tabagisme. Peut-être est-ce dû au fait que le médecin connaît et comprend ainsi les difficultés auxquelles sont confrontés les patients fumeurs désirant arrêter. Lui-même ayant réussi à surmonter cette épreuve, il peut mettre à profit sa propre expérience pour les soutenir dans ce processus.

La revue de littérature européenne de Stead et al. et l'étude de Twardella et al. démontrent que les généralistes actuellement fumeurs ont tendance à moins fréquemment conseiller d'arrêter de fumer que les non-fumeurs [17;13]. Etant donné que nous n'avons qu'un seul médecin actuellement fumeur dans notre échantillon, nous ne pouvons rien dire à ce sujet. Les résultats seront probablement plus significatifs dans l'étude nationale, avec un échantillon de plus grande taille contenant donc potentiellement plus de médecins fumeurs.

Au Royaume-Uni, des études [19 ; 20] ont cherché à savoir si le paiement à la performance (QOF) favorise la pratique de la prévention contre le tabagisme. Depuis l'introduction du QOF, les généralistes inscrivent plus fréquemment dans le dossier des patients leur statut tabagique et les conseils donnés en vue d'un arrêt du tabac. Cependant, l'influence du QOF sur le taux d'arrêt du tabac reste inconnue [20]. D'autres études britanniques relatées par la revue de littérature européenne [17] ont démontré qu'une rémunération de qualité pour les actes de prévention du tabagisme augmente la fréquence à laquelle les généralistes évaluent le statut tabagique de leurs patients et leur conseillent d'arrêter de fumer. Ces études n'ont toutefois pas pu écarter l'influence d'autres changements politiques sur cette augmentation. Grâce à QUALICOPC [29], nous connaissons les pourcentages de répartition entre paiement à l'acte, salaire, paiement par capitation et paiement à la performance du revenu des généralistes du réseau SPAM. Il serait donc intéressant et pertinent d'utiliser ces données pour introduire dans l'étude nationale un 8^{ème} facteur organisationnel, soit le mode de rémunération du médecin généraliste, et de procéder aux analyses afin de savoir si celui-ci est associé à l'implication du généraliste dans la prévention contre le tabagisme.

Collecte des données

Afin d'optimiser la collecte des données, nous suggérons d'envoyer aux généralistes du réseau SPAM un premier e-mail, suivi d'au maximum trois rappels par e-mail. Il serait très utile d'appeler ensuite les médecins n'ayant pas encore répondu, un contact téléphonique permettant en effet d'expliquer de vive voix les objectifs de notre étude.

Dans les e-mails envoyés, il serait judicieux de rappeler ce qu'est le réseau SPAM (et l'étude QUALICOPC), et de préciser aux médecins qu'ils ont accepté en 2012 de participer à ce réseau et donc de répondre périodiquement à des enquêtes. En effet, les généralistes avaient reçu par courrier la feuille d'information SPAM annonçant notre étude quelques semaines avant le début de la récolte des données, mais une minorité d'entre eux ne l'avait pas lue ou ne s'en souvenait plus.

Il est tout à fait possible de donner une version papier du questionnaire uniquement à la demande, ce qui permet une économie de temps et d'argent et un plus pour l'écologie.

L'acceptabilité du questionnaire et la faisabilité de l'étude

Nous prenons en compte les remarques concernant la longueur du questionnaire. Il reste néanmoins difficile de supprimer des questions. En effet, des données paraissant moins pertinentes actuellement deviendront peut-être essentielles dans un futur proche, en fonction de l'évolution du système de santé et de la politique. En outre, même si certaines questions ne permettent pas l'étude d'associations en raison de leurs réponses semblables, elles demeurent intéressantes et pertinentes dans nos analyses descriptives. De surcroît, l'excellent taux de réponse obtenu pour la plupart des questions nous conforte dans notre idée de ne pas supprimer de questions.

Forces et limites

Notre étude comporte plusieurs limites qui peuvent potentiellement influencer les résultats. Premièrement, notre échantillon est de petite taille ($n=44$), ce qui limite la validité des résultats et conduit à des résultats statistiquement peu significatifs. De plus, les médecins ayant accepté de participer à l'étude sont probablement favorables à la prévention contre le tabagisme. En effet, plus de la moitié d'entre eux ont été formés durant plus de 5 heures dans ce domaine, et presque la moitié est intéressée par une formation continue. Seul 9% rapportent ne pas avoir de temps à consacrer à la prévention contre le tabagisme, en comparaison à 74% en Italie ou à 32% en Irlande [17]. Cet intérêt envers le conseil aux fumeurs, plus marqué dans notre échantillon de médecins généralistes par rapport à ceux exerçant dans d'autres pays, peut fausser les résultats. Les médecins actuellement fumeurs ont peut-être moins participé à l'étude.

La collecte des données, et donc les analyses, reposent sur l'autoévaluation par les médecins généralistes de leur pratique de la prévention contre le tabagisme. Nous sommes ici confrontés aux limites générales du déclaratif. Les résultats sont potentiellement biaisés, en comparaison à un évaluateur externe.

Le fait d'avoir investigué la pratique de la prévention du tabagisme selon différents scénarios de consultation apporte des précisions nouvelles. Les objectifs de notre étude sont de plus parfaitement justifiés dans la revue de littérature européenne. Les nombreuses études déjà réalisées au sujet de la pratique du conseil aux fumeurs ayant porté moins d'attention sur les relations entre les facteurs structurels (comme le mode de rémunération des médecins généralistes et la façon dont sont organisés les soins de premier recours) et l'implication des généralistes dans le conseil aux fumeurs, il y a là une lacune importante, qui mérite qu'on s'y intéresse pleinement [17].

Conclusions générales

Cette étude pilote a montré qu'il était faisable d'investiguer la pratique de la prévention du tabagisme en médecine générale en Suisse romande, le questionnaire ayant été compris et bien accepté.

En Suisse romande, la prévention contre le tabagisme et le conseil aux fumeurs sont présents dans la pratique des médecins généralistes, mais il subsiste des différences de pratique de prévention du tabagisme selon le type de consultation, conduisant à des opportunités de prévention manquées. L'idéal serait d'effacer ces différences et d'élargir cette pratique envers tous les patients, qu'importe le type de consultation, dans l'optique de profiter de toutes les opportunités se présentant aux médecins généralistes pour sensibiliser les patients aux nuisances du tabagisme sur la santé, certains patients étant potentiellement peu en contact avec le système de soins.

Nous proposons ici quelques pistes à envisager afin d'effacer ces différences de pratique selon le type de consultation et d'offrir ainsi à chaque patient un dépistage de sa potentielle consommation tabagique et, le cas échéant, des conseils pour arrêter de fumer. Il faudrait probablement améliorer la qualité de la formation dans le domaine du conseil aux fumeurs, une minorité seulement de généralistes la jugeant bonne. Peut-être, une meilleure rémunération des actes de prévention du tabagisme augmenterait la pratique de cette activité par les médecins généralistes. En Suisse, cela pourrait se traduire par une élévation du point Tarmed pour les actes de prévention du tabagisme. Et si ce rôle était confié à des professionnels de la santé autres que les médecins généralistes? Plusieurs études [31] ont effectivement montré les bénéfices potentiels du conseil aux fumeurs fourni par des infirmiers/infirmières spécialisés/ées en prévention et promotion de la santé. Leur intervention au cabinet du médecin généraliste est efficace, augmentant la probabilité que les patients fumeurs arrêtent de fumer, en comparaison à un groupe contrôle [31].

Dans l'étude nationale, il sera intéressant et pertinent de continuer à explorer les facteurs organisationnels (soit le genre, l'âge, le statut tabagique du généraliste, le lieu du cabinet, le type de cabinet, la charge administrative du cabinet et la durée planifiée d'une première consultation avec un nouveau patient), afin de voir si les tendances observées dans cette étude pilote menée en Suisse romande se confirment avec un échantillon de plus grande taille et représentant la Suisse entière.

Take home messages

1. Si la prévention du tabagisme est bien ancrée dans les habitudes de pratique des généralistes suisses romands pour deux types de consultation, soit une première consultation avec un nouveau patient ou si les patients ont des symptômes potentiellement liés au tabagisme, elle est par contre très peu mise en pratique dans d'autres conditions de consultation (notamment en urgence, le patient présentant des symptômes autres que respiratoires). Ces différences de pratique selon le type de consultation donnent lieu à des **opportunités de prévention manquées**.

2. Seule une petite minorité des généralistes prescrit systématiquement des substituts nicotiniques ou du bupropion aux patients fumeurs désirant arrêter.

3. Le jeune âge du généraliste (≤ 57.5 ans; dans le cadre d'une première consultation), pratiquer dans un cabinet en solo ou à la campagne (dans le cadre d'urgences), ainsi que le fait de consacrer plus de 30 minutes à un nouveau patient (dans le cadre d'une consultation de suivi médical) sont positivement associés à la pratique de la prévention du tabagisme, et ce de manière statistiquement significative.

E. Références

1. WHO | WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package [Internet]. WHO. [cité 22 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>

2. Office fédéral de la santé publique - Programme national tabac 2008-2016 [Internet]. [cité 22 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/?lang=fr>
3. Office fédéral de la statistique - Les décès dus au tabac en Suisse - Estimation pour les années entre 1995 et 2007 [Internet]. [cité 22 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.118932.pdf>
4. Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *Am J Public Health*. juin 2002;92(6):990-996.
5. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD000165.
6. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000165.
7. Santé Canada. Enquête sur le tabagisme au Canada: Quartier 4. Ottawa: Santé Canada, 1995.
8. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA*. 24 avr 1996;275(16):1270-1280.
9. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA*. 3 déc 1997;278(21):1759-1766.
10. Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP. Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract*. 9 janv 2001;14(5):343-351.
11. Enquête suisse sur la santé
12. Munire Gokirmak, Onder Ozturk, Ahmet Bircan, Ahmet Akkaya. The attitude toward tobacco dependence and barriers to discussing smoking cessation: a survey among Turkish general practitioners. *International Journal of Public Health* International Journal of Public Health© Birkhäuser Verlag, Basel/Switzerland 2009 [Internet]. [cité 5 mars 2013]; Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00038-009-0109-8/fulltext.html>
13. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*. 4 janv 2005;15(2):140-145.
14. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, et al. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med*. déc 2001;33(6):627-638.
15. Awad MA, O'Loughlin J. Physician delivery of smoking prevention counseling to young patients in the United Arab Emirates. *Patient Education and Counseling*. juill 2007;67(1-2):151-156.
16. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Revue des Maladies Respiratoires*. mai 2010;27(5):431-440.
17. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract*. 1 sept 2009;59(566):682-690.

18. Ulbricht S, Baumeister SE, Meyer C, Schmidt CO, Schumann A, Rumpf H-J, et al. Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? *Patient Education and Counseling*. janv 2009;74(1):23-28.
19. Coleman T. Do financial incentives for delivering health promotion counselling work? Analysis of smoking cessation activities stimulated by the quality and outcomes framework. *BMC Public Health*. 26 mars 2010;10:167.
20. Taggar JS, Coleman T, Lewis S, Szatkowski L. The impact of the Quality and Outcomes Framework (QOF) on the recording of smoking targets in primary care medical records: cross-sectional analyses from The Health Improvement Network (THIN) database. *BMC Public Health*. 10 juill 2012;12:329.
21. Jeanrenaud, Claude. Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse [Internet]. [cité 22 juill 2014]. Disponible sur:
http://www.seco.admin.ch/suchen/index.html?lang=fr&keywords=jeanrenaud+Claude+mode+de+r%C3%A9mun%C3%A9ration+des+m%C3%A9decins+et+co%C3%BAts+de+la+sant%C3%A9+en+Suisse&search_mode=AND&from_day=&from_month=&from_year=&to_day=&to_month=&to_year=&column=&dokumenttyp=&site_mode=intern&nsb_mode=yes&Submit=rechercher#volltextsuche
22. TARMED – Tarif [Internet]. [cité 16 juill 2014]. Disponible sur:
http://www.fmh.ch/fr/tarifs_ambulatoires/tarmed-tarif.html
23. Tarmed 01.08.0000 [Internet]. [cité 12 sept. 2014]. Disponible sur:
<http://www.tarmedsuisse.ch/153.html?&L=1>
24. Programme national d'arrêt du tabagisme [Internet] [cité 3 déc. 2014] Disponible sur: <http://www.vivre-sans-tabac.ch/index.php?IDtheme=68&IDcat19visible=1&langue=F>
25. Projet Vivre sans tabac [Internet] [cité 3 déc. 2014] Disponible sur: <http://www.vivre-sans-tabac.ch/index.php?IDcat=19&IDcat19visible=1&langue=F>
26. Humair J-P, Cornuz J. A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation. *J Gen Intern Med*. déc 2003;18(12):1023-1027.
27. Cornuz J, Humair J-P, Seematter L, Stoianov R, Van Melle G, Stalder H, et al. Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann. Intern. Med*. 19 mars 2002;136(6):429-437.
28. Senn N. Communication orale libre: SPAM...monitoring of PC; Conférence NAPCRG 2013, Ottawa. 2013.
29. Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011;12:115.
30. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*. 1 oct 2005;100(10):1423-1431.
31. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD001188.